

# Exploradoras de los EE. UU. Formulario de demanda

Envíe por correo facturas adicionales (identificadas de forma adecuada por la persona herida y por nombre de la municipalidad) a:

Servicios de riesgo especial  
Apartado de correos 31156  
Omaha, Nebraska 68131  
1-800-524-2324



## Información del demandante – Todas las preguntas deben ser respondidas

La demanda es realizada bajo el siguiente plan:

- Plan 1 – Cobertura básica
- Plan 3E – Evento extendido
- Plan 3P – Evento extendido
- Plan 3PI – Evento extendido internacional
- Entrada internacional

ID de solicitud de afiliación: \_\_\_\_\_  
(Solo aplica para coberturas opcionales)

Nombre del demandante	Número de identificación	Edad	Fecha de Nacimiento	
Domicilio del demandante	Número y calle	Ciudad	Estado	Código postal
Si el demandante es menor, nombre del padre o tutor	Número de teléfono		( ) -	
Domicilio del padre o tutor	Número y calle	Ciudad	Estado	Código postal

Si su organización ha seleccionado una cobertura que contiene un monto de no duplicación, los beneficios será considerados como se muestra a continuación: El monto de no duplicación, como se indicó en su cobertura seleccionada, de servicios y suministros médicamente necesarios puede ser pagado sin importar otras coberturas de seguro. Debe enviar los gastos sobre el monto de no duplicación o si espera que el total exceda el monto de no duplicación, a su compañía de seguros. Requerimos la explicación de su pago aún si ha sido aplicado a su deducible. Si es denegado envíe una copia de su notificación de negación. Incluya facturas detalladas.

Padre, tutor legal o demandante (si es adulto)

Nombre y domicilio del empleador: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono ( ) -

Nombre y domicilio de la madre, tutora o esposa: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono ( ) -

Nombre de todas las compañías que le brindan cobertura de seguro o planes de salud prepagos.

Nombre de la Compañía	Domicilio	Número de póliza o de certificado
-----------------------	-----------	-----------------------------------

Si no tiene otra cobertura, firme y póngale fecha a la siguiente declaración.

Yo, \_\_\_\_\_, el día \_\_\_\_\_, confirmo que no tengo otra cobertura de seguro disponible para esto y todos los gastos relacionados con esta demanda.

Por medio de la presente certifico que toda la información es verdadera y completa

Confirmando que he leído y comprendido la declaración de fraude para mi estado incluida en este formulario.

emandantes de Nueva York: TODA PERSONA QUE, A SABIENDAS Y CON EL FIN DE DEFRAUDAR CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGUROS U OTRA PERSONA, ENVÍE UNA SOLICITUD DE SEGURO O UNA DECLARACIÓN DE DEMANDA QUE CONTenga CUALQUIER INFORMACIÓN MATERIALMENTE FALSA U OCULTA INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL MISMO CON EL FIN DE ENGAÑO, COMETE UN ACTO FRAUDULENTO DE SEGUROS, LO CUAL ES UN CRIMEN Y ESTARÁ SUJETO A UNA MULTA CIVIL QUE NO EXCEDERÁ LOS CINCO MIL DÓLARES Y EL VALOR ESTABLECIDO DE LA DEMANDA POR DICHA VIOLACIÓN. (DE ACUERDO A 11 NYC RR86)

Firma (Padre/Tutor)

Fecha

ADJUNTE LAS FACTURAS DETALLADAS CON EL DIAGNÓSTICO DEL MÉDICO

M19063\_SP\_0515

# DECLARACIÓN DE LA LÍDER DE LAS EXPLORADORAS

Número de tropa \_\_\_\_\_ Nivel: 0  Daisy 3  Cadette 6  Niña no miembro 9  Personal de temporada  
 1  Brownie 4  Senior 7  Adulto no miembro 51  Embajador  
 2  Junior 5  Miembro adulto 8  Personal

Nombre de la municipalidad \_\_\_\_\_ No. de municipalidad \_\_\_\_\_ Número de teléfono ( ) - \_\_\_\_\_

Domicilio de la municipalidad \_\_\_\_\_ Número y calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Fecha y lugar del accidente o enfermedad	Fecha y ubicación	Naturaleza y detalles de la herida o enfermedad
--	-------------------	---

Información de la actividad	Tipo de actividad (marque las casillas a continuación):							
	1. <input type="checkbox"/> Autos/vehículos <input type="checkbox"/> Conductor <input type="checkbox"/> Pasajero <input type="checkbox"/> Peatón	2. <input type="checkbox"/> Resbalones/caídas sobre/en/hacia/desde <input type="checkbox"/> Equipos/muebles <input type="checkbox"/> Animales <input type="checkbox"/> Otros (alfombra, maderas, escaleras, etc.)	3. <input type="checkbox"/> Con herramientas: <input type="checkbox"/> Sierra <input type="checkbox"/> Cuchillo <input type="checkbox"/> Estufa <input type="checkbox"/> Horno <input type="checkbox"/> Otro	4. <input type="checkbox"/> Acuática (en/sobre agua) <input type="checkbox"/> Natación/Buceo <input type="checkbox"/> Navegación en bote/canoa <input type="checkbox"/> Esquí acuático	5. <input type="checkbox"/> Plantas/insectos venenosos (Picadura de abeja/hiedra venenosa)	6. <input type="checkbox"/> Patinaje <input type="checkbox"/> Sobre ruedas <input type="checkbox"/> Sobre hielo	7. <input type="checkbox"/> Enfermedad	8. <input type="checkbox"/> Otro accidente

Eventos que duran toda la noche ¿Qué es un evento que dura toda la noche?  Sí  No Si indica "Sí", cantidad de noches \_\_\_\_\_  
 Nombre del evento: \_\_\_\_\_  
 Indique las fechas de asistencia desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Tropa validación o autorizada actividad representantes validación  
 Certificamos por medio de la presente que la persona asegurada se encuentra actualmente registrada como Exploradora o que la prima requerida para el seguro ha sido pagada para esta persona y que el demandante se encontraba participando de una actividad de las Exploradoras aprobada como se describe anteriormente.  
 Firma del representante de la actividad/Firma de la líder de la tropa \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Domicilio Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 ¿La herida tuvo lugar durante el empleo?  Sí  No  
**Las demandas cubiertas por la póliza de compensación de la municipalidad para trabajadores no deberían ser enviadas a United of Omaha.**

SOLO PARA USO DEL MUNICI-PALIDAD  
 Certifico que esta lesión o enfermedad ocurrió como se describió y que la actividad fue patrocinada y supervisada por las Exploradoras.  
 Firma del oficial de la municipalidad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Autorización para la divulgación de la Información

Autorizo a la Compañía de seguros Mutual of Omaha o empresas afiliadas a divulgar mi información personal o la de mis hijos a las Exploradoras de los EE. UU. a fines de confirmar la demanda.

La información personal podría incluir elementos tales como información acerca de la demanda e información médica, incluyendo el diagnóstico, estado mental y físico, registros de medicamentos prescritos y otra información relacionada con la demanda.

Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negación para firmar no afectará mi afiliación, mi elegibilidad para obtener beneficios o mi habilidad para obtener un pago pero podría demorar el proceso de mi demanda.

Si la persona o entidad a quien la información es divulgada no es un proveedor de atención médica o un plan de salud sujeto a regulaciones federales de privacidad, la información podría volver a ser divulgada sin la protección de las regulaciones federales de privacidad.

A menos que haya sido revocada anteriormente, esta autorización permanecerá vigente por 24 meses desde la fecha en que la firmé. Entiendo que podría revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito a: Mutual of Omaha Insurance Company, ATTN: Demandas de riesgo especial, Mutual of Omaha Plaza, Omaha, NE 68175.

Comprendo que me corresponde recibir una copia firmada de la autorización.

\_\_\_\_\_  
 Firma \_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Relación con el asegurado

# Declaraciones de Fraude

Se adjunta el siguiente lenguaje de fraude y se lo hace parte de este formulario de demanda. Por favor leer y no eliminar estas hojas de este formulario de demanda.

- \*\* **Alabama:** Toda persona que a sabiendas presente una demanda falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o que presente información falsa en una aplicación para un seguro, es culpable de un crimen y se le podrán aplicar multas y arresto en prisión o cualquier combinación de estos.
- \*\* **Alaska:** Una persona que a sabiendas y con intento de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros inicie una demanda que contenga información falsa, incompleta o engañosa, podría ser procesada bajo la ley estatal.
- \*\* **Arizona:** Para su protección, la ley de Arizona requiere que la siguiente declaración aparezca en este formulario. Cualquier persona que a sabiendas presente una demanda falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida está sujeta a multas civiles o penales.
- \*\* **Arkansas, Louisiana y Rhode Island:** Toda persona que a sabiendas presente una demanda falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o que presente información falsa en una aplicación para un seguro, es culpable de un crimen y se le podrán aplicar multas y arresto en prisión.
- \*\* **California:** Para su protección, la ley de California requiere que la siguiente declaración aparezca en este formulario. Toda persona que a sabiendas presente una demanda falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida es culpable de un crimen y se le podrán aplicar multas y arresto en la prisión estatal.
- \*\* **Colorado:** Es ilegal brindar, a sabiendas, información o hechos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con los fines de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las penalidades podrían incluir encarcelamiento, multas, negación del seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que a sabiendas brinde información o hechos falsos, incompletos o engañosos a un asegurado o demandante con el fin de defraudar o intentar defraudar al asegurado o demandante con respecto a un arreglo o premio pagadero del seguro de los beneficios del seguro, deberá ser reportado a la división de seguros de Colorado dentro del departamento de agencias regulatorias.
- \*\* **Delaware:** Toda persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier asegurador, inicie una declaración de demanda que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito.
- \*\* **Distrito de Columbia:** ADVERTENCIA: Es un crimen brindar información falsa o engañosa a un asegurador o a cualquier otra persona. Las multas incluyen encarcelamiento o multas. Además, un asegurador podría negar los beneficios del seguro si la información falsa materialmente relacionada con una demanda fue brindada por el solicitante.
- \*\* **Florida:** Toda persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier asegurador, inicie una declaración de demanda o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito de tercer grado.
- \*\* **Idaho:** Toda persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier asegurador, inicie una declaración que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito.
- \*\* **Indiana:** Toda persona que a sabiendas y con la intención de defraudar a un asegurador, inicie una declaración de demanda que contenga información falsa, incompleta o engañosa está cometiendo un delito.
- \*\* **Kentucky:** Toda persona que a sabiendas y con la intención de defraudar cualquier compañía de seguros u otra persona inicie una solicitud de seguro que contenga información materialmente falsa u oculte, con el fin de engañar, información relacionada con cualquier hecho material relacionado con la misma, comete un acto fraudulento de seguros, lo cual es un crimen.

- \*\* **Maine:** Es ilegal brindar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía. Las multas podrían incluir encarcelamiento, multas o negación de los beneficios del seguro.
- \*\* **Maryland:** Toda persona que a sabiendas presente una demanda falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o que a sabiendas o deliberadamente presente información falsa en una aplicación para un seguro, es culpable de un crimen y se le podrán aplicar multas y arresto en prisión.
- \*\* **Minnesota:** Una persona que inicie una demanda con la intención de defraudar o ayudar a cometer un fraude contra un asegurador es culpable de un crimen.
- \*\* **New Hampshire:** Toda persona que con el fin de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros inicie una demanda que contenga información falsa, incompleta o engañosa está sujeta a procesamiento y castigo por fraude de seguros como se indica en RSA 638:20.
- \*\* **Nueva Jersey:** Cualquier persona que a sabiendas inicie una declaración de demanda que contenga información falsa o engañosa está sujeta a multas criminales y civiles.
- \*\* **Nuevo México:** Toda persona que a sabiendas presente una demanda falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud para la aplicación de un seguro es culpable de un crimen y se le podrán aplicar multas civiles y penales.
- \*\* **Ohio:** Toda persona que con intención de defraudar o que a sabiendas facilite un fraude contra un asegurador, envíe una aplicación o inicie una demanda que contenga una declaración falsa o engañosa es culpable de un fraude de seguros.
- \*\* **Oklahoma:** ADVERTENCIA: Toda persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier asegurador, inicie un reclamo por los beneficios de una póliza de seguros que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito.
- \*\* **Pennsylvania:** Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar cualquier compañía de seguros u otra persona, inicie una solicitud de seguro o declaración de seguro que contenga información materialmente falsa u oculte, con el fin de engañar, información relacionada con cualquier hecho material relacionado con la misma, comete un acto fraudulento de seguros, lo cual es un crimen y hace que dicha persona pueda recibir multas penales y civiles.
- \*\* **Puerto Rico:** Toda persona que a sabiendas y con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro o presente o ayude o provoque la presentación de una demanda fraudulenta por el pago de una pérdida o cualquier otro beneficio o presente más de una demanda por el mismo daño o pérdida, incurrirá en un delito y tras la condena será sancionada por cada violación con una multa de no menos de cinco mil dólares (\$5,000) y no más de diez mil dólares (\$10,000) o un término fijo de encarcelamiento por tres (3) años o ambas multas. Si se presentaran circunstancias agravantes, la multa establecida podría ser aumentada a un máximo de cinco (5) años, si se presentaran circunstancias atenuantes, podría ser reducida a un mínimo de dos (2) años.
- \*\* **Tennessee, Virginia y Washington:** Es ilegal brindar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía. Las multas incluyen encarcelamiento, multas o negación de los beneficios del seguro.
- \*\* **Texas:** Toda persona que a sabiendas presente una demanda falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida es culpable de un crimen y se le podrán aplicar multas y arresto en la prisión estatal.
- \*\* **Si vive en un estado que no sea ninguno de los mencionados anteriormente, la siguiente declaración aplica para usted:** Toda persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier asegurador o compañía de seguros, inicie una demanda que contenga información materialmente falsa, incompleta o engañosa u oculte cualquier hecho material relacionado con la misma, podría ser culpable de un acto fraudulento y podría ser procesada según la ley estatal y podría recibir multas civiles y penales. Además, cualquier asegurador o compañía de seguros podría negar los beneficios si el solicitante brinda información falsa relacionada con una demanda.